

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

André MAQUART

Né à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre), le 31 janvier 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'INFECTION VÉSICALE

PAR

LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

Président : M. PAUL BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, Professeur,
BONNAIRE, Agrégé.
THIERRY, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

André MAQUART

Né à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre), le 31 janvier 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'INFECTION VÉSICALE

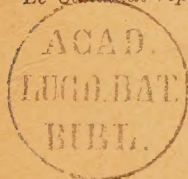
PAR

LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

Président : M. PAUL BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, Professeur.
BONNAIRE, Agrégé.
THIERRY, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle s'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR J. MAQUART

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. PICQUÉ
Chirurgien des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE P^r PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

L'infection vésicale est une affection malheureusement assez commune et qui, pour cette raison, a préoccupé de tout temps les praticiens; et cependant, malgré de nombreuses recherches, cette question reste encore une des plus controversées de la pathologie.

Quant au traitement, il est diversement jugé par les chirurgiens. Les uns préconisent le sondage qui a déjà fait ses preuves, les autres la taille hypogastrique, procédé plus récemment introduit et qui n'a pas encore rallié tous les suffrages.

Monsieur le docteur Picqué, que nous sommes heureux de remercier de sa bienveillance, nous a engagé à publier les résultats qu'il avait obtenus en traitant ses malades atteints d'infection vésicale par la taille hypogastrique, à rapprocher ces faits de ceux précédemment acquis et à rechercher par ce procédé les indications de sa méthode.

Notre travail n'a donc pas pour but de comparer ou de combattre le procédé auquel l'École de Paris, par son habileté, a donné tant de valeur : nous nous sommes

proposé seulement de réunir un certain nombre d'observations dont le classement montrera, mieux que nous ne saurions l'indiquer, quand et pourquoi il y a avantage à intervenir dans l'infection vésicale par la taille hypogastrique.

Au reste, ce n'est qu'un côté de la question que nous abordons puisque, nous occupant de l'infection vésicale, nous avons volontairement laissé de côté celle qui n'était que le résultat d'une autre affection, néoplasmes, tuberculose, etc.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier tous ceux qui ont été nos maîtres à la Faculté libre de Lille et dans les hôpitaux de Paris. Pour les nommer, il faudrait les citer tous, car ils ont des droits égaux à notre reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le Pr Paul Berger de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Sans vouloir entrer dans les détails de la partie historique de la taille, nous rappellerons que cette intervention était déjà connue d'Hippocrate. Celse, plus tard, attacha son nom à un procédé qui resta longtemps en honneur ; cependant dans les premiers siècles de notre ère, nous ne trouvons pas d'exemple de malades traités par la taille ; il est vrai qu'alors on réservait cette intervention sur la foi d'Hippocrate.

Ce fut en 1561 que Franco rompit avec les traditions : il opéra pour une « grosse pierre » un enfant de deux ans qui guérit.

Depuis lors, les exemples se multiplièrent, et il faut penser que la taille fût en grand honneur puisque nous trouvons, en 1771, un ouvrage en quatre volumes sur les indications et procédés pour la taille. Si l'on songe aux difficultés auxquelles devaient se heurter les praticiens de cette époque, aux risques qu'ils faisaient courir au patient, nous pouvons juger par l'importance de l'ouvrage du cas qu'ils faisaient de cette intervention.

Cette opération continua à être pratiquée, mais

jusqu'alors, elle avait toujours eu pour but l'extraction de pierres trop volumineuses pour pouvoir être extraites autrement.

C'est en 1856 que Sédillot recourut le premier à cette méthode pour vaincre une rétention d'urine qui n'avait cédé à aucun autre procédé.

Son exemple n'avait pas été suivi jusqu'à 1889. Poncet faisait alors paraître dans le *Lyon médical* un article qui relatait les bons effets de la taille en cas de rétention.

Vers la même époque, un chirurgien américain, Mac-Guire de Richmond publiait des résultats analogues.

Cette nouvelle voie ouverte, les travaux se multiplièrent dans ce sens. Sous l'influence du chirurgien lyonnais, ses élèves publièrent les résultats heureux qu'il obtenait et l'un d'eux, devenu un de ses collaborateurs, rapportait encore dernièrement le résultat de 114 observations.

En 1893, Routier et Audry, les premiers, appliquaient la taille à la cystite aiguë consécutive à la blennorrhagie ; le premier cas d'Audry mérite, du reste, d'être signalé en ce sens que le malade traité par la taille vit sa cystite s'améliorer et guérir, alors que l'écoulement reparut après cette amélioration et ne céda qu'à une série de lavages.

Cette intervention donna idée d'appliquer le procédé aux cystites d'une autre origine.

Aussi, au Congrès de chirurgie de 1894, MM. Tuffier, Mougeot, soumettaient-ils aux membres un certain

nombre d'observations qui donnaient lieu à une discussion fort intéressante.

Depuis, l'intervention par la taille a eu ses partisans, tandis que d'autres chirurgiens conservèrent une prédilection marquée pour le sondage. Aussi, dans les cas d'infection vésicale, sauf dans les cystites douloureuses et les cystites rebelles à tout autre traitement, la taille n'est-elle envisagée que comme une opération d'exception.

Il faut avouer que les résultats qu'on avait obtenus jusqu'alors étaient loin d'être satisfaisants; mais nous arrivons là à la question que M. le Docteur Picqué avait bien mise en évidence au Congrès d'urologie de 1898 et qui avait été reprise par un de ses élèves, M. Martial Lagrange dans un travail dont le nôtre n'est guère que le complément; c'est la question du moment de l'intervention. En effet, les malades qui avaient été soignés par la taille étaient-ils dans des conditions favorables? N'y aurait-il pas lieu d'établir dans les infectés un certain nombre de catégories? Les résultats ne seront-ils pas totalement différents selon l'état du malade et les progrès du mal?

Ce sont ces conditions essentielles sur lesquelles M. Picqué a insisté et que nous aurons à préciser de nouveau.

Les observations que nous avons recueillies nous permettent, croyons-nous, d'indiquer alors quand l'opération pourra être suivie de succès, de chance de succès ou dans quels cas l'abstention sera préférable.

Avant de présenter ces observations nous dirons quel-

ques mots de l'infection vésicale et des traitements qu'on y applique ; nous entrerons ainsi dans le corps de notre sujet, puisque force nous est de rappeler les discussions auxquelles a donné lieu le procédé dont nous voulons relater les effets.

CHAPITRE I

L'Infection vésicale. — Son traitement.

Les belles recherches de MM. Albarran et Hallé ne nous ont pas encore éclairés complètement sur les origines de la cystite infectieuse. Pour eux, la question est encore complexe; mais, ainsi que l'avait déjà montré Bumm, l'infection, à leur avis, est rare spontanément; presque toujours la cause première est un cathétérisme pratiqué dans de mauvaises conditions; mieux que toute expérience, les résultats obtenus par M. le Docteur Picqué dans son service de Dubois pourraient du reste le prouver: après avoir constaté combien étaient fréquents à son arrivée dans le service les accidents d'infection du côté de la vessie chez les opérés, il vit complètement disparaître ces accidents à partir du moment où il put obtenir l'asepsie complète de son matériel et l'antisepsie de son personnel.

Nous verrons au point de vue de l'intervention combien

grande est l'importance de ce point de départ de l'infection.

Et sous quelles formes se présente-t-elle ?

Les formes principales que nous rencontrons en clinique peuvent se répartir ainsi :

Dans un premier cas, chez un malade atteint de rétention ou chez un opéré, on aura eu recours à l'introduction d'une sonde malpropre. Vous voyez alors la fièvre apparaître sous forme d'un accès léger ; dans ce cas, il suffit de recourir à la sonde à demeure et rapidement on voit le malade se rétablir.

Dans d'autres cas, c'est à la suite de troubles mécaniques que la cystite s'installe ; il y a alors des complications qui rendent le traitement plus difficile puisque l'urèthre chez ces malades peut présenter « des conditions pathologiques diverses qui favorisent l'infection vésicale.

Dans le rétrécissement, par exemple, l'occlusion normale de l'urèthre par l'accolement exact des muqueuses n'existe plus ; l'urèthre est une cavité rigide et béante.

Au niveau des points coarctés, et en arrière surtout, s'établissent des foyers infectieux où stagnent les produits pathologiques, où cultivent les microbes et où la désinfection est impossible. » (Rapport Albarran et Hallé).

Les cathétérismes évacuateurs et les lavages ne sont alors pas toujours suffisants ; c'est quelquefois à un traitement plus énergique qu'il faut avoir recours.

Enfin, dans d'autres cas, l'infection urinaire est lente, mais progressive, les reins s'altèrent ; l'état du malade devient précaire ; la miction n'a plus lieu que par regor-

gement. Pendant ce temps, l'appétit se perd et on croit le malade en proie à des troubles stomacaux.

C'est alors qu'une judicieuse intervention peut ramener le malade à la santé.

Quelles sont les méthodes qui s'offrent à nous dans la circonstance? En premier lieu, nous avons la ponction qui, après avoir joui de beaucoup de faveur, est aujourd'hui abandonnée, sauf chez les aliénés où la nécessité, d'après M. Picqué, nous oblige souvent d'y recourir. Ce procédé, du reste, était voué à l'oubli. Méthode aveugle, exposant à des infections secondaires, elle ne pouvait résister devant la suivante.

Le sondage, en effet, paraît devoir donner d'excellents résultats: c'est une opération qui est avantageuse « par sa simplicité et parce qu'elle laisse le plus souvent ensuite uriner le malade par son urèthre naturel ». (Michon).

Ce n'est que quand le sondage a échoué, quand les lavages avec des liquides modificateurs n'ont pas amené de résultats, que les partisans du sondage recourent au dernier procédé: la taille, que plusieurs chirurgiens préconisent comme devant être employée d'emblée.

Qu'on nous permette, puisque nous présentons les résultats obtenus par la taille hypogastrique, de donner les raisons qui nous font croire à l'efficacité plus marquée de ce procédé.

Si nous nous rappelons l'état de la deuxième catégorie de malades dont nous parlions plus haut, nous voyons que la difficulté d'antisepsier leur canal rend la taille préférable puisqu'elle agit par une voie aseptique.

Mais ce qui constitue une raison plus probante, c'est

que les partisans du sondage sont amenés à avoir recours à la taille dans un certain nombre de cas : perforation de la vessie compliquée de péritonite, phlegmon de la cavité de Retzius, infiltration urinaire, impossibilité d'arriver à la vessie par les voies naturelles, et, dans ce dernier cas, des efforts répétés ne sauraient qu'être préjudiciables au malade.

M. le professeur Guyon, sous l'heureuse influence duquel le sondage avait fait tant de progrès, reconnaît, lui-même, qu'il n'est pas exempt de certains inconvénients, principalement chez les vieillards ; les malades ne supportent pas toujours la sonde facilement, et ce n'est pas impunément qu'on peut condamner un vieillard à garder le lit pendant un laps de temps assez long, comme le demande le sondage.

Il est vrai, qu'ainsi que le fait remarquer M. Bazy, le sondage présente plus de facilité ; mais, ce chirurgien ajoute qu'il se rallierait à la taille si ce n'étaient les conséquences de l'opération : incontinence du méat hypogastrique.

C'est dire que nous nous éloignons des idées qu'avait émises M. Tuffier, quand il convenait que la taille est une opération d'urgence et qu'on ne doit tenter qu'à la dernière extrémité.

La taille hypogastrique offre, en effet, bien des avantages. Pour nous, nous avons appris à regarder l'infection de la vessie comme un abcès ayant cet organe pour enveloppe.

Quel avantage de pouvoir inciser, d'avoir sous les yeux la vessie qu'on peut laver, de pouvoir détruire, si on la voit, la cause de l'infection.

Et pour le malade :

La température s'abaisse, le calme revient ; son état s'améliore : il est soulagé. Pendant ce temps, l'urèthre se repose, la vessie de même ; enfin, la congestion des reins diminue et les uretères, continuellement lavés par l'urine et ne baignant plus dans un liquide infecté, empêchent l'ascension des germes.

C'est donc le meilleur drainage et le plus sûr, semble-t-il.

Comment peut-il se faire qu'une opération qui paraît présenter tant d'avantages, tant au point de vue du praticien qu'au point de vue du malade, ne rallie pas plus promptement tous les suffrages ?

Bien que pratiquée souvent, depuis que M. le professeur Poncet l'a préconisée, la cystotomie sus-pubienne est restée plutôt une opération d'urgence.

Il faut bien avouer que, dans ces conditions, il devait être assez difficile de se rendre compte de la valeur d'un procédé qu'on employait surtout *in extremis*.

Aussi, lorsqu'on voulait faire entrer les résultats du sondage en ligne de comparaison, ce dernier semblait l'emporter dans le nombre des améliorations, et les statistiques qui furent publiées, tant par M. Michon que par l'Ecole de Paris, ne semblaient nullement encourageantes pour la méthode à laquelle l'Ecole de Lyon, plus hardie, n'hésitait pas à recourir aussi souvent qu'au sondage.

Pendant ce temps, au Congrès d'urologie de 1897, M. Genouville présentait une heureuse série de malades, chez lesquels, dans le cas qui nous occupe, il avait obtenu d'excellents résultats au moyen du sondage.

M. Tuffier, chargé d'un rapport sur la question, et qui avait, probablement, surtout présent à la mémoire le cas malheureux de ce malade de Marly, chez lequel il avait été appelé trop tard pour intervenir utilement, se montrait plutôt opposé au procédé en faveur duquel M. Picqué élevait la voix, et le sondage paraissait triompher d'une méthode qui ne semblait guère avoir de succès à son actif.

Et cependant, si le sondage est une méthode relativement facile, un procédé que le malade semble devoir accepter plus aisément qu'une intervention sanglante, combien de fois reste-t-il impuissant ? Combien de fois, après avoir essayé la sonde à demeure, est-on obligé de recourir à l'autre méthode ?

C'est qu'on redoute encore la taille hypogastrique ; mais, nous nous permettons de dire que les avantages d'un procédé ne devraient pas entrer en ligne de compte avec la statistique.

La taille est une opération essentiellement bénigne, de l'aveu de la plupart des chirurgiens ; à la condition, bien entendu, qu'on n'y recoure pas comme à une ressource à tenter, mais comme à un moyen de traitement, ne s'attardant pas aux autres procédés tandis que l'affection peut gagner.

« Sur les lésions rénales ascendantes, dit M. Michon, la taille hypogastrique aurait un effet préventif... elle permettrait, en détournant le cours des urines, de prévenir les lésions de néphrite descendante dont le point de départ est presque toujours une absorption d'origine uréthrale » ; c'est qu'en effet, il y a une énorme impor-

tance à ne pas laisser gagner l'infection, car, ainsi que le dit M. le Pr Poncet, lorsqu'un opéré meurt de la cystostomie, ce n'est pas à l'intervention qu'il succombe ; il est la plupart du temps emporté par la suppuration rénale : « on meurt malgré l'opération et non de l'opération ». M. Lejars caractérisait sa pensée en disant que les malades opérés de la taille mouraient « par leur rein ».

Il y a donc lieu d'attacher grande importance à la fonction rénale, et nous pensons que bien souvent, si la plupart des résultats n'ont pas été plus heureux, c'est que, dans les cas qui ont été observés, les malades chez qui on avait trop tardé à intervenir, se trouvaient déjà condamnés par ce côté de leur arbre urinaire.

Quels sont donc les signes principaux qui peuvent guider dans la nécessité de l'intervention ?

Dans ses leçons cliniques du vendredi, à la maison Du bois, M. Picqué nous dit :

« J'attache, pour ma part, la plus grande importance à la quantité d'urine rendue par les malades atteints d'infection vésicale. Je n'interviens que rarement chez les malades qui rendent par vingt-quatre heures, un chiffre d'urine insuffisant, parce que l'expérience déjà longue que j'ai acquise à cet égard, m'a démontré que l'intervention ne fait que rendre définitive l'anurie commençante.

« Ce sont pour moi les mauvais cas et, qui pèsent lourdement sur le pronostic opératoire, de la taille hypogastrique, mais ils ne peuvent...

« Il faut encore séparer avec soin les cas où l'infection vésicale est encore limitée à la vessie et à l'urèthre de

ceux dans lesquels l'infection ascendante a déjà gagné l'urèthre et le bassin et qui sont caractérisés par la polyurie trouble ».

Or, ainsi que l'a si bien démontré au point de vue expérimental l'École Necker, chaque fois qu'un obstacle, rétrécissement par exemple s'oppose à l'écoulement régulier de l'urine, il se produit une distension de l'urètre et du bassin.

C'est dire que lorsque en plus de cet obstacle, l'on trouve la vessie sous l'influence d'une cystite, il y a lieu d'intervenir promptement si on veut agir avec fruit. Si on attend que la polyurie trouble se manifeste, c'est exposer gravement un malade puisque l'infection commence à se manifester déjà dans les voies supérieures et tend à gagner le rein : ainsi que le dit M. Michon, il est vrai qu'on ne peut savoir quelle force de résistance vitale peut renfermer le rein même d'un vieil urinaire ; mais, puisque les auteurs s'accordent à reconnaître le danger de l'intervention quand le rein paraît atteint, il semble qu'on ne doive guère tarder pour recourir à une méthode qui peut empêcher des lésions irréparables tout en agissant dans l'intérêt du malade.

Nous sommes donc partisan d'une intervention hâtive lorsque le malade paraît susceptible d'en retirer bénéfice, c'est-à-dire que, au lieu de s'attarder à un traitement par le sondage (car, loin d'être ennemis de ce procédé, nous pensons qu'on doit le tenter sans en prolonger l'épreuve), lorsqu'on ne voit pas survenir une prompte amélioration, il y aurait lieu de recourir à la taille hypogastrique.

Nous paraissions peut-être bien osé en nous permettant d'émettre ainsi notre opinion sur un procédé dont nous devions juger les résultats, et ce, avant d'avoir présenté ceux-ci.

Nous répondrons que nous n'avons fait ici, que reprendre les conclusions auxquelles était arrivé M. Martial Lagrange : dans ce travail, inspiré par le même maître, nous devons malgré nous, partager les mêmes idées, et nous n'avons pensé mieux faire que de nous y rallier.

Les faits seront, du reste, les meilleures preuves pour juger et nous y arriverons sans plus tarder.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Considérations sur le résultat.

Ainsi que nous l'avons indiqué, le but que nous nous sommes proposé dans notre travail est de présenter les résultats obtenus par la taille hypogastrique dans les cas d'infection vésicale ; c'est pourquoi, sans discuter les divers procédés préconisés jusqu'ici, nous n'avons fait, que rappeler brièvement quels ils étaient, sans insister, en mentionnant toutefois les conclusions auxquelles étaient arrivés ceux qui avaient traité avant nous la question.

Nous présenterons maintenant les diverses observations que nous avons recueillies. Nous avons pensé qu'il était préférable de les réunir, nous réservant de revenir ensuite sur chacune d'elles si besoin en est, ou sur le groupe qu'elles pourront constituer.

Sans avoir fait un classement absolu, nous nous sommes attaché à rapprocher celles qui paraissaient présenter entre elles une certaine analogie : mais, nous le répétons, nous ne pouvons en faire de groupes bien déterminés, les caractères qu'elles offrent étant parfois si peu tranchés que, ainsi que le dit M. Martial Lagrange, pour reconnaître le besoin d'intervenir, c'est souvent au tact clinique qu'on doit s'en rapporter.

OBSERVATION I. — Thèse Michon.

Rétrécissement de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Infection urinaire grave. — Cystotomie sus-pubienne. — Mort.

Félix F..., employé, entre le 26 janvier 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 32 ans ; plusieurs blennorrhagies. A 45 ans, le malade eut un rétrécissement. Uréthrotomie interne en 1885 suivie de dilatation à l'aide de Béniqués, le malade se sonde lui-même pendant quatre ou cinq mois ; il cesse, et en 1893, il revient avec des troubles de miction ; à l'examen on constate un rétrécissement dans la portion membraneuse de l'urèthre constitué par trois anneaux. Uréthrotomie suivie de dilatation.

Le 14 janvier 1894, les mictions deviennent douloureuses surtout à la fin et augmentent de fréquence ; urines troubles ; jamais d'hématurie. On l'examine à cette époque et on constate au niveau du bulbe un rétrécissement très serré ; urines troubles, fétides ; prostate petite. Des tentatives de dilatation ne réussissent pas.

A ce moment, le malade se plaint de douleurs dans le testicule gauche ; le scrotum et la verge deviennent le siège d'œdème sans fluctuation.

Le 29 janvier, on fait des incisions qui laissent écouler de l'urine des tissus infiltrés ; on introduit des boules exploratrices dans l'urèthre ; aucune ne passe, la plus fine fait issue par une des incisions à travers une rupture de l'urèthre.

Le 1^{er} février, l'état général empire, langue sèche, fuligineuse.

L'urine sort par la plaie. Suppuration abondante.

L'état du malade s'aggrave, amaigrissement, cachexie.

Besoin constant d'uriner.

On décide d'intervenir.

On pratique la taille le 12 février ; après l'ouverture de la vessie, une urine fétide s'écoule. Température 36°.

Le malade reste dans un état comateux, malgré des injections d'éther.

Pas d'émission d'urine depuis l'opération.

Décès.

Autopsie, le 14 février 1895. — Rétrécissement de la partie spongieuse de l'urèthre, vessie petite, à parois épaisses, à face interne brun-verdâtre couverte de débris flottants pseudo-membraneux, les embouchures urétérales sont peu dilatées. Epanchement hémato-purulent assez abondant dans la cavité de Retzius.

Les reins et les uretères présentent des lésions de dilatation ancienne très prononcées.

Le rein et le bassinot gauche, à l'état de réplétion, forment une tumeur de 18 cent. de long, de 12 cent. de largeur, irrégulièrement bosselée et fluctuante. L'uretère gauche, à l'état de réplétion mesure 5 cent. 1/2 de diamètre : il a le volume d'un gros intestin moyennement distendu, il est allongé et sinueux et formé, à partir du collet du bassinot, de deux courbes en forme d'S, fortement accusées, avec grosses dilatations ampullaires séparées par des sillons profonds ; ces coudes sont fixés par de solides adhérences.

À la coupe du rein gauche, lésions de pyélite ancienne. Le bassinot est relativement plus dilaté que les calices ; le contenu

est un pus vert, épais, très fétide ; des exsudats gris-verdâtres, pseudo-membraneux tapissent les cavités ; il ne persiste qu'une faible épaisseur de tissu rénal qui est mou et putréfié en quelques points.

Le rein droit ne dépasse guère le volume normal ; l'uretère droit sinueux et bosselé, est dilaté, mais moins que l'uretère, gauche. Les lésions paraissent également moindres à la coupe. Le contenu ressemble à une urine louche, mais non à du pus. Simple dilatation aseptique.

Des plis et soudures empêchent le cathétérisme des uretères.

Poumons emphysémateux, congestion des bases.

Cœur sain, sauf léger athérome valvulaire. Foie sain, petit.

OBSERVATION II. — Thèse Michon.

*Hypertrophie de la prostate. — Infection. — Sonde à demeure.
Taille hypogastrique. — Mort.*

Ferdinand V..., 78 ans, entre en 1894 à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. Blennorrhagie à 22 ans : a disparu sans laisser de traces.

Il y a quatorze ans, fluxion de poitrine, application d'un vésicatoire suivie de l'apparition de phénomènes de cystite aiguë. Mictions fréquentes, impérieuses, urines troubles. Son médecin, constatant qu'il ne vidait pas sa vessie, lui conseille de se sonder. Légère amélioration.

Il se sonde pendant dix ans, mais parfois avec difficulté.

Son état s'était un peu amélioré à la suite d'instillations au nitrate d'argent faite dans le service, il y a huit ans. Ce mieux a été passager. Le malade se sonde à nouveau.

Il y a quatre mois, hématurie suivie de l'expulsion d'un petit calcul. Depuis cette époque, l'état général s'aggrava ; perte de l'appétit, un peu de fièvre vespérale, langue sèche, dysphagie buccale.

Actuellement, état mauvais, râles de bronchite généralisée. Température, 38°8. Le sondage présente de grandes difficultés : il est douloureux.

La sonde à demeure, loin d'amener un bon résultat, semble plutôt aggraver l'état du malade.

On l'opère le 7 avril 1894.

On trouve un calcul phosphatique dans la vessie.

Le 8, aucune amélioration. Température 39°2. Douleurs plus vives. L'état s'aggrave encore ; malade agité ; mort le 10.

Autopsie, 11 avril 1894. — L'urèthre est sain, la prostate volumineuse, hypertrophiée.

La vessie est petite, à parois minces ; la muqueuse est de teinte ardoisée.

Le rein gauche a environ son volume normal, le bassinet et les calices sont considérablement dilatés et remplis d'urine purulente

A la surface, plusieurs petits kystes remplis d'un liquide puriforme. Le rein droit présente des lésions identiques, mais est réduit de volume,

OBSERVATION III. — Thèse Michon.

Rétrécissement de l'urèthre. — Absès urineux. — Infection persistante. — Incision périnéale. — Uréthrotomie interne. — Cystotomie sus-pubienne. — Mort.

Claude R..., 56 ans, entre le 3 juillet 1895 à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Guyon.

Syphilis en 1895, nie toute blennorrhagie.

En juin 1895, douleur vive pendant une miction. Œdème des bourses et fièvre.

Pendant cette crise, il aurait eu un écoulement.

Le 1^{er} juillet, la miction devient subitement impossible ; douleurs, fièvre ; absès urineux qu'on ouvre immédiatement. Mal-

gré cela, la fièvre persiste, les urines sont troubles, le périnée reste induré. On place une bougie filiforme pour aider l'évacuation de la vessie. La fièvre persiste, l'état s'aggrave, la langue est sèche.

1^{er} août. — Uréthrotomie interne et sonde à demeure. Pas d'amélioration.

Du 10 au 14 août, les urines restent troubles. La palpation ne permet de sentir aucune tuméfaction du côté des reins.

Cependant l'état du malade va s'aggravant. Langue sèche, congestion pulmonaire. A trois reprises, frissons violents et avec fièvre, qui vont se reproduisant à chaque tentative de cathétérisme.

En présence de la persistance de ces symptômes, de l'impossibilité de désinfecter la vessie et malgré la probabilité de lésions rénales, on fait, en dernière ressource, une cystotomie sus-pubienne.

Le 15, le malade reste faible et la fièvre persiste; lavages fréquents, mais la vessie est intolérante.

Le 19, la cystite augmente d'intensité. Température 39°5.

La vessie étant devenue moins sensible, on replace le tube de drainage: il s'en suit une amélioration passagère, mais qui ne se maintient pas. Enfin, le 29 août, le malade succombe.

Autopsie. — Rétrécissement multiple de l'urèthre, vessie petite, retractée sans ulcération. Double pyélo-néphrite suppurée ancienne.

OBSERVATION IV. — Thèse Lagoutte.

Cystotomie chez un vieux prostatique atteint d'empoisonnement urinaire chronique. — Malade diabétique. — Mort.

S..., Philibert, 78 ans, cultivateur.

Difficulté pour uriner depuis plusieurs années: il y a trois ans, rétention complète ayant cédé au cathétérisme. Le malade,

à la suite de cette opération, avait appris à se sonder et avait recouru assez souvent à la sonde.

Les deux dernières années, il était forcé d'uriner toutes les heures environ. L'urine s'écoulait goutte à goutte, au prix de grands efforts.

Depuis un mois, aggravation considérable des symptômes. Cystite intense. Urines purulentes ressemblant à du lait. Langue sèche. Anorexie et cependant pas de fièvre.

Cet homme est diabétique.

Les premiers temps, le cathétérisme est facile ; mais vers le 25 novembre, on fait une fausse route qui provoque une hémorrhagie.

L'état général devient mauvais. Cystotomie.

Le 27 décembre, érysipèle occupant tout le dos.

Le 31 décembre, mort.

Autopsie. — Fausse route dans la région bullaire, prostate énorme, cystite purulente, vessie à colonnes. Muqueuse ardoisée. Pyélo-néphrite suppurée, uretères dilatés, du volume d'une plume d'oie, remplis de pus. Reins sclérosés.

OBSERVATION V. — Thèse Lagoutte.

Cystotomie pour empoisonnement urinaire d'origine prostatique. — Mort. — Pyélo-néphrite.

G... Charles, 70 ans.

Le début des troubles urinaires remonte à un an environ (mictions plus fréquentes, diminution de volume et d'amplitude du jet, gêne de la miction.)

Depuis un mois, le malade est forcé de se sonder fréquemment lui-même.

Enfin, depuis huit jours, miction impossible sans cathétérisme.

Depuis plusieurs mois, l'état général s'était altéré (troubles digestifs), céphalée. Fin juin 1893, il s'aggrava brusquement.

Hoquet, frisson après chaque cathétérisme, langue sèche, anorexie absolue, vomissements. Température, 40°7.

24 juin. — Bien que la sonde pût passer facilement, en raison de cet état grave, M. Poncet décide de pratiquer la cystostomie.

25 juin. — Pas une goutte d'urine ne sort par la plaie. On sonde le malade.

26 juin. — Une sonde placée dans la plaie assure l'écoulement.

27 juin. — L'état est toujours grave. Hoquets, vomissements, urines peu abondantes. Malade indifférent à tout.

Le 29 juin. — Légère amélioration. Langue meilleure. Température 38°.

2 juillet. — Le malade sort, paraissant guéri et le 10 juillet on le ramène mourant.

Autopsie. — Rien du côté de l'urétro-prostate.

Vessie dilatée à cellules, teinte ardoisée de la muqueuse, urines purulentes et fétides.

Urètres légèrement dilatés à la partie inférieure.

Les reins présentent des lésions anciennes de pyélo-néphrite.

OBSERVATION VI. — Thèse Lagoutte.

Infection urinaire chronique. — Cystostomie. — Mort.

F... J.-B., 74 ans, cultivateur, entré le 15 juillet à l'hôpital de la Pitié, service de M. Reclus.

Début des troubles urinaires en 1888 (fréquence des mictions, sensation de pesanteur au périnée, diminution du jet).

A cette époque, séjour à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, amélioration à la suite du traitement.

En janvier 1891, accès de rétention aiguë qui céda en deux ou trois jours.

Mais depuis, les troubles ne font que s'accroître.

Le 12 juillet. — Nouvel accès de rétention qui amène le patient à l'hôpital.

A ce moment, le malade urine par regorgement, on essaye de pratiquer le cathétérisme, on constate l'existence de fausses routes dues à des tentatives précédentes.

Enfin M. Reclus parvient à passer une sonde à bécuille n° 17 qui est laissée à demeure.

Les jours suivants, lavages boriqués pratiqués régulièrement.

23 juillet. — On enlève la sonde et on passe des Béniqués (31 et 32).

25 juillet. — Nouvelle exploration au moyen des Béniqués, mais à la suite, il est impossible de replacer la sonde à demeure.

Le soir, à deux heures, nouvelle tentative infructueuse : on ponctionne la vessie.

27 juillet. — M. Reclus essaye, sans résultat, de replacer la sonde. Nouvelle ponction qui donne 1800 grammes d'urine ; langue suburrale, diarrhée, teint jaunâtre, état général grave.

28 juillet. — Même état, nouvelle ponction qui ramène un litre d'urines fétides, température 38°3.

29 juillet. — M. le professeur Poncet pratiqué la cystotomie.

La paroi abdominale est remplie de produits inflammatoires indiquant la formation d'un phlegmon prévésical. La vessie est remplie d'urines purulentes, horriblement fétides.

Le lendemain, le malade paraît en voie d'amélioration, la température revient à la normale.

Mais les jours suivants, les symptômes d'empoisonnement urinaire continuent à évoluer, la température remonte, la langue est rôtie.

L'auscultation révèle des signes de broncho-pneumonie. Enfin, le 4 août, le malade meurt.

Autopsie. — Œdème et congestion des deux poumons, cœur hypertrophié, foie cirrhotique avec un kyste hydatique à parois calcifiées.

L'urèthre présente deux fausses routes en arrière de la symphise pubienne.

Prostate hypertrophiée avec lobe médian.

Vessie à colonnès, à parois épaisses. En avant d'elle et derrière la symphise, collection purulente.

Uretères légèrement dilatés à la partie inférieure.

Reins remplis de petits abcès miliaires disséminés surtout dans la substance corticale.

OBSERVATION VII. — Thèse Boutan.

Jean-Baptiste C..., 70 ans, cultivateur, entre à la Pitié, salle Michon, le 29 janvier 1893.

Le malade s'est toujours bien porté ; ce n'est que depuis trois ans qu'il s'est aperçu que la miction devenait difficile, il ne parvenait à uriner, et encore difficilement, qu'après de nombreux efforts.

Brusquement, il fut pris de rétention qu'un médecin leva facilement par le cathétérisme avec une sonde rouge. Le lendemain, les urines reprirent leur cours, mais les envies restèrent fréquentes et commencèrent à s'accompagner de douleurs.

Son état général, lors de l'entrée à la Pitié, est mauvais ; il entre avec une rétention datant de quarante huit heures ; le cathétérisme essayé en ville n'avait pas pu vaincre la rétention.

M. Tillaux pratique le cathétérisme avec une sonde métallique de calibre ordinaire ; il s'écoule une certaine quantité d'urine sanglante, sans odeur notable. Pas de calcul dans la vessie.

On remplace la sonde métallique par une sonde en caoutchouc et on fait un lavage avec de l'eau boriquée. Le malade se trouve soulagé.

Le soir, cathétérisme difficile ; la sonde est laissée à demeure.

Les jours suivants, la sonde fonctionne bien, mais le malade est forcé de vider constamment sa vessie ; les douleurs deviennent bientôt si intolérables qu'il arrache sa sonde.

Le 1^{er} février, le malade se plaint beaucoup ; on réintroduit une sonde ; l'injection qu'on fait ne ressort pas ; par l'aspiration on arrive à retirer une grande quantité de liquide noirâtre.

La sonde est laissée à demeure ; mais, dans la journée, elle ne fonctionne pas et le malade souffre beaucoup.

Le soir, on débouche la sonde par aspiration et on fait un lavage à l'eau boriquée.

2 février ; mêmes difficultés pour évacuer l'urine, pour les lavages et l'introduction d'une nouvelle sonde ; le malade se plaint de ne pouvoir pas supporter de sonde à demeure.

La sonde n'évacuant pas les urines et le malade ayant des envies incessantes, l'interne de garde, fait une ponction aspiratrice hypogastrique mais ne recueille que peu de liquide.

Le malade est momentanément soulagé.

Le 3 février, le malade ne peut plus supporter la sonde.

Le 4 février, M. Tillaux pratique la cystostomie.

On recueille une urine à flocons blanchâtres, à odeur ammoniacale et foncée.

Les jours suivants, le malade, qui s'était trouvé soulagé, peut dormir.

La température, qui était de 38° avant l'opération, revient à la normale.

Mais, vers le 6 février, le malade commence à souffrir dans la région des reins ; en même temps, on note quelques signes de congestion pulmonaire.

Les urines sont encore troubles. L'état général s'aggrave ; la température reste cependant aux environs de la normale. Mais le malade offre l'aspect des cachectiques urinaires. Diarrhée, incontinence des matières, langue sèche. Enfin il meurt le 10 février.

L'autopsie, faite trente heures après, démontre l'existence de congestion pulmonaire et de pyélo-néphrite suppurée.

OBSERVATION VIII. — Thèse Bonan.

M..., 75 ans, vieillard très amaigri par des troubles urinaires remontant à de longues années.

Il a une prostate volumineuse.

La cystotomie est pratiquée le 2 avril 1890.

On y avait eu recours parce que ce malade, vieux prostatique, était atteint de cystite purulente. Forcé de se sonder au moins toutes les demi-heures, et le cathétérisme étant difficile, on préféra d'emblée recourir à la cystostomie.

La cystite était compliquée de péricystite.

Le malade mourut le 4 avril et l'autopsie révéla des lésions de pyélo-néphrite suppurée.

OBSERVATION IX. — Thèse Auneau.

Cystite purulente. — Cathétérisme douloureux. — Cystotomie — Mort.

Homme de 75 ans, très cachectique. Miction difficile et toujours incomplète, urines chargées d'un abondant dépôt purulent. Pas de douleur rénale. Cathétérisme difficile et douloureux.

Le 15 juin, on pratique la cystotomie.

L'urine depuis s'écoule librement, mais l'état reste très précaire.

Le malade s'éteint le 24 juin.

A l'autopsie, on ne trouve qu'un seul rein, le rein droit, qui est atteint de néphrite parenchymateuse et parsemé de kystes.

Pas de trace du rein gauche, rien non plus qui représente l'uretère correspondant.

OBSERVATION X. — Thèse Auneau.

Rétention complète chronique, — Cystite purulente.

D..., Jean, entre à la Pitié, dans le service de M. le docteur Lejars, le 5 décembre 1893, pour accidents urinaires avancés.

Ce malade n'accuse qu'une blennorrhagie, sans complication, comme antécédent pathologique.

Les premiers troubles urinaires remontent à deux ans, époque à laquelle à la suite d'une grande fatigue, il aurait été pris de douleurs en urinant. Malgré un traitement par les balsamiques, il fut forcé de s'aliter pendant trois mois.

Survint une amélioration suivie d'une rechute qui le fit entrer à Beaujon où il se reposa vingt jours.

Jamais de sang dans les urines qui, restées claires pendant un an, laissent au fond du verre un abondant dépôt purulent. La miction est lente, douloureuse, incomplète. Douleurs intenses la nuit. Constipation opiniâtre. Mauvais état général. Amaigrissement, facies terreux des urinaires, vomissements fréquents. Pas de fièvre.

La vessie est distendue. Le cathétérisme est facile, quoique douloureux.

La prostate est hypertrophiée en tout sens.

On place une sonde à demeure qui laisse passer trois litres et demi d'urines troubles. Mais, l'état du malade s'aggravant, on enlève au bout de trois jours la sonde à demeure et M. Lejars pratique la cystostomie sus-pubienne.

Incision, lavage et drainage de la vessie.

Les jours suivants, on continue les lavages ; le pus diminue, mais l'état du malade ne s'améliore pas. Il ne peut même plus supporter le lait ; enfin le 17 et le 18, les vomissements qui avaient cessé reparaissent, le délire survient et il succombe dans la nuit.

Autopsie. — Vessie très petite, très rouge. Muqueuse tomenteuse et toute infiltrée de pus. Prostate très hypertrophiée.

Les deux reins sont petits, scléreux et parsemés de kystes. Les calices et les bassinets sont remplis de pus, il y a de l'hydronéphrose.

OBSERVATION XI. — Thèse Michon.

Hypertrophie de la prostate. — Rétention d'urine. — Cystite. Infiltration périnéale. — Mort.

Charles R..., 28 ans, entré à l'hôpital Necker, salle Velpeau, le 21 mars 1895.

Blennorrhagie vers l'âge de 25 ans.

Depuis, fréquence de la miction. Plusieurs crises de rétention; la dernière détermine le malade à entrer à l'hôpital.

Sondages en ville sans autre résultat que des uréthrorrhagies abondantes. Lors de l'entrée à l'hôpital, l'état général du malade est mauvais.

Langue sèche. Température 39°. Nouvelle tentative de cathétérisme qui n'aboutit pas. Ponction vésicale.

Le 22 mars au matin, l'état est le même, mais la vessie est considérablement distendue et on remarque une infiltration périnéale très étendue.

On fait une incision périnéale; les tissus sont infiltrés, noirâtres, mais on ne rencontre pas trace de collection limitée.

On essaie de placer une sonde par la plaie, mais on échoue.

L'ouverture sus-pubienne de la vessie est pratiquée, aucune amélioration ne s'ensuit et le malade meurt le soir même.

Autopsie. — L'urèthre antérieur est sain. Au niveau de la région bulbaire et membraneuse, qui correspond à la plaie de l'incision périnéale, l'urèthre est complètement sectionné et ouvert dans un foyer anfractueux à parois irrégulières grisâtres.

Pas d'hypertrophie prostatique.

Vessie spacieuse, lésions de cystite récentes. Embouchure normale des uretères.

Reins et uretères présentant des lésions identiques des deux côtés.

Légère dilatation des uretères, sans uretéríte, dilatation de bassinets.

Augmentation de la couche adipeuse autour des reins, capsule adhérente.

Tissu du rein mou, flasque, décoloré, avec des zones étendues d'un blanc grisâtre où on ne retrouve rien de la structure rénale.

Dans le rein gauche, petit abcès miliaire sous capsulaire.

OBSERVATION XII. — Thèse Lagoutte.

Cystotomie pour rétention et infection urinaire aiguë.

L... François, 71 ans, cultivateur.

L'affection actuelle remonte au moins à dix ans; à cette époque, accès de rétention aiguë ayant cédé au cathétérisme.

Il y a deux ans, nouvel accès de rétention; cathétérisme à la suite duquel les fonctions se rétablissent à nouveau normalement et le malade ne remarque plus aucun trouble du côté de ses voies urinaires.

Il y a deux mois, nouveaux troubles, mictions plus fréquentes, douloureuses. Bientôt rétention. Le malade est sondé par un médecin, puis le cathétérisme devenant impossible, on ratiqua une série de ponctions hypogastriques.

Enfin le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 12 avril 1893.

A son entrée, rétention absolue; sans trop de difficulté on parvient à passer une grosse sonde. Les urines retirées sont purulentes.

13 avril. — Sa rétention persiste. L'état général est mauvais, la température s'élève à 40°4.

En présence de ces accidents, on décide la cystotomie.

Pratiquée le 14 avril, elle fut suivie d'une amélioration notable dans l'état du malade.

Les jours suivants, la fièvre tombe peu à peu, l'état général devient meilleur et le 3 septembre 1893, les renseignements permettaient d'affirmer que le malade était toujours bien portant.

OBSERVATION XIII. — Thèse Lagoutte.

Cystotomie pour rétention et infection urinaire. — Guérison.

R... François, 67 ans, jardinier.

Début des troubles urinaires au mois de mars 1893 (fréquence de miction, diminution de force et de grosseur du jet).

Au mois de juillet, rétention qui s'établit progressivement et devient à peu près complète. Le médecin appelé pratique trois fois le cathétérisme et envoie le malade à l'hôpital de la Croix-Rousse.

A son entrée, 15 août, l'état général est très mauvais : l'appétit a disparu, la langue est sèche, la déglutition difficile, la vessie est très distendue. Température 38°5.

Le cathétérisme évacue un litre et demi d'urines troubles.

Les jours suivants, même état.

Le 21 août, la rétention est toujours complète et les symptômes généraux s'aggravent. Température 39°6.

La langue est rôtie ; les urines sont de plus en plus troubles. Cystotomie.

La température s'abaisse peu à peu et revient à la normale qu'elle ne quitte plus à partir du 31 août.

Le 25 septembre, le malade sort dans un état général de santé excellent.

OBSERVATION XIV. — Thèse Michon.

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec hématurie. — Infection urinaire chronique. — Cystotomie. — Guérison.

Le nommé C..., âgé de 62 ans, entre le 26 mars 1895 à Necker, salle Velpeau, service du professeur Guyon.

Antécédents. — Père et mère morts dans un âge avancé, frère ayant succombé à la tuberculose. Le malade a toujours été bien portant, sans présenter aucune trace tuberculeuse. Nous n'avons à signaler que plusieurs blennorrhagies.

Début des troubles urinaires en juillet 1894 ; fréquence de la miction, mais sans douleur et sans changement d'aspect dans les urines, au dire du malade.

Vers cette date, orchite du côté gauche. Elle évolue sans douleur ; la cause en reste inconnue : ni blennorrhagie ni cathétérisme à cette époque.

Août 1894. — La douleur et le trouble des urines se joignent à la fréquence.

Septembre 1894. — Première hématurie peu abondante offrant les caractères de l'hématurie terminale des cystites.

Le malade se sonde lui-même et en éprouva une légère amélioration.

Orchite droite en janvier.

En février 1895, nouvelle apparition de l'hématurie qui reparait après avoir cessé, mais en changeant de caractère : elle est totale, devient persistante et abondante.

Elle cesse six jours avant l'entrée ; les autres symptômes persistent.

L'urèthre est libre ; la vessie peu sensible à la distension ; il reste un résidu de 200 grammes environ.

Prostate volumineuse.

Polyurie trouble, (3 litres à 3 litres 1/2).

Cathétérisme et lavages de la vessie au nitrate d'argent à en pour cent.

Ce traitement, suivi auparavant, avait déjà amené la cessation de l'hématurie. Mais il y avait des phénomènes fébriles que seule calmait la sonde à demeure et qui reparaissaient aussitôt qu'on la supprimait.

Lorsqu'on tardait à la remettre, les accidents s'aggravaient et l'état général empirait.

Ceci dura deux mois; au bout de ce temps, la cystotomie fut décidée.

On la pratiqua le 24 mai 1895.

Les suites opératoires furent des plus simples; dès le lendemain, la fièvre disparaissait, l'état du malade s'améliorait.

Les urines devinrent plus claires, mais la polyurie persista après avoir diminué un moment.

En juillet, l'état du malade était excellent.

OBSERVATION XV. — Thèse Michon.

J. M., garçon épicier, âgé de 57 ans, entre le 4 juin 1895 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Toujours bien portant sauf trois blennorrhagies qui ont été compliquées de rhumatisme dans les talons.

Le début des symptômes urinaires remonte au mois de mars 1895. Fréquence de besoins d'uriner. Souvent sans résultat.

Des le début de la maladie, les urines étaient troubles: on ne trouve rien du côté des reins.

Plusieurs hématuries, colorant l'urine de quatre ou cinq mictions à chaque reprise et se reproduisant surtout après des fatigues.

Douleur et fréquence des mictions dans l'intervalle; urines toujours troubles. Il entre, le 4 juin, avec une hématurie qui

dure depuis deux jours. L'urèthre est libre, la vessie se distend facilement, il reste toujours un résidu d'environ 250 grammes d'urines. Pas de polyurie. Prostate non volumineuse.

Traitement. — Cathétérisme et lavages au nitrate d'argent à 1 p. 1000; améliorations.

Les urines étant devenues claires, on voulut au bout d'une semaine, étant donné les hématuries, compléter le diagnostic à l'aide de l'examen endoscopique. Cet examen fut pratiqué le 11 juin; dès le lendemain, la température s'éleva, atteignit et dépassa bientôt 39°. La sonde à demeure n'amena aucun résultat.

Fièvre persistante, langue sèche, diarrhée.

19 juin, cystotomie. Absence de tout néoplasme.

Les phénomènes d'infection ne disparurent pas tout de suite, mais, dès le surlendemain, l'état du malade s'améliorait et, le 1^{er} juillet, il était en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVI. — Thèse Lagoutte.

Cystotomie pour rétention et infection urinaire aiguë

L. Claude, 75 ans, cultivateur.

Légers troubles urinaires depuis plusieurs années.

Il y a 4 ans, rétention complète. Cathétérisme, tout rentre dans l'ordre.

Depuis un an, mictions fréquentes et difficiles.

Il y a dix jours, rétention aiguë. Le médecin la lève avec une sonde molle, non sans provoquer une hémorrhagie.

Le surlendemain, les accidents persistent. Cathétérisme impossible.

Ponction sus-pubienne.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Le 2 mai 1893, à son arrivée, on constate que la vessie remonte à l'ombilic. Le malade est anxieux. Son faciès est animé.

Température rectale, 39°3. Langue sale, collante.

L^{re} cystotomie pratiquée donne issue à un flot d'urines louches à odeur fortement ammoniacale.

Le malade se rétablit lentement, les troubles gastro-intestinaux persistent pendant les jours suivants.

Le 23 mai, il quitte l'hôpital paraissant en meilleur état et les renseignements recueillis en septembre 1894 nous apprennent qu'il est encore vivant, mais en mauvais état.

OBSERVATION XVII. — Thèse Faure.

Rétention et infection aiguës. — Cystotomie. — Guérison.

T. C., 61 ans, charron. Entre à l'Hôtel-Dieu le 4 septembre 1895.

Troubles urinaires remontant à un an et plus prononcés après des excès.

Envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit, mictions plus abondantes, gêne dans la miction.

Il y a un mois, à la suite d'excès de boisson, il fut pris d'un accès de rétention aiguë. La rétention d'urines resta complète pendant huit jours et on dut recourir au cathétérisme.

Depuis, ce malade urine d'une façon continue par regorgement.

Le malade a de la fièvre, la langue est sèche, la soif vive.

Cathétérismes et lavages.

Le 9 septembre, la température atteint 41 degrés.

État général grave, langue sèche, rouge sur les bords, le malade est anxieux.

M. Curtillet, en présence de ces accidents, pratique la cystotomie.

Dès le 13 septembre, amélioration notable, mais la température reste élevée; ce n'est que vers le 15 septembre qu'elle revient à la normale.

Depuis ce temps, la guérison suit son cours et le malade sort en très-bon état le 30 septembre.

OBSERVATION XVIII. — Thèse Faure.

*Prostatique avec rétention d'urine. — Infection aiguë
Cystotomie. — Guérison*

G..., I., 78 ans, charpentier, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1895, pour rétention d'urine.

Blennorrhagie à 18 ans.

Il y a deux mois, début des troubles urinaires : mictions fréquentes et pénibles, surtout la nuit et le matin au réveil. Jet moins fort.

Ces phénomènes s'accroissent après un repas copieux.

Consécutivement, inappétence et insomnie.

Subitement, sans cause connue, rétention le 4 novembre 1895.

Après de nombreux efforts, la miction se fait goutte à goutte. Le médecin appelé ne fait pas de cathétérisme.

Depuis, le malade urine par regorgement.

A son entrée, la vessie est distendue, la langue sèche, rôtie, l'état général médiocre.

L'interne de garde passe une sonde et retire un litre et demi d'urines claires.

Le 11 novembre, la miction a toujours lieu par regorgement. Cathétérismes et lavages de la vessie.

Par le toucher rectal, on sent la prostate grosse, bosselée.

12 novembre, langue sèche, grillée. Température 38°2. Cathétérisme. Le soir, la température atteint 40°.

Le malade est dans un état grave; une intervention immédiate s'impose.

Par la cystotomie, on donne issue à un litre environ d'urines troubles.

Dès le 13 novembre, l'amélioration était très notable. Le malade pouvait dormir.

Le 16 novembre, le malade pouvait manger, dormir, et accusait un bien-être inaccoutumé.

OBSERVATION XIX. — Thèse Bonan.

H..., 72 ans, est amené à l'hôpital de la Croix-Rousse, avec une rétention absolue et dans un état grave, le 29 avril 1892.

Depuis longtemps, dysurie qu'il combattait à l'aide d'un long fil de fer terminé par une sorte de bouton en os.

Le cathétérisme, pratiqué dès son arrivée à l'hôpital, est difficile et douloureux. L'interne de service pratique une ponction capillaire hypogastrique : on obtient une urine horriblement étide et très trouble.

Le lendemain, rétention aussi complète. Écoulement purulent par l'urèthre, faisant penser à une prostatite suppurée se vidant dans l'urèthre. Cathétérisme difficile ; corps étranger.

En présence de l'état grave du malade, M. Gangolphe décide de pratiquer séance tenante la cystotomie.

Le tissu cellulaire prévésical présente une coloration verte, gangréneuse.

Pendant huit jours, lavages abondants bi-quotidiens.

Le malade, pendant ce temps, est toujours agité et a le délire : il est vrai de dire que c'est un alcoolique.

Mais, le 24 mai, son état s'était considérablement amélioré, et il était en état de répondre aux questions qu'on lui posait et de lire son journal.

OBSERVATION XX.

C..., 77 ans, entre à l'hôpital Necker au mois d'avril 1890.

Cet homme avait déjà été soigné à plusieurs reprises pour des calculs.

En janvier 1890, il présente des symptômes de cystite intense. Il fut soumis à une médication générale qui n'apporta aucun soulagement.

Lors de son entrée à Necker, il était en proie à une rétention d'urine. Son état général était si mauvais et la situation fut jugée si grave que M. Schwartz pratiqua la cystotomie d'urgence.

Les résultats immédiats furent excellents : la douleur disparut, l'état général se releva, et le malade sortait bientôt en bonne santé.

OBSERVATION XXI. — Rollet.

(Archives Provinciales de Chirurgie)

B.. D..., âgé de 80 ans, entre le 30 août 1892 à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. le professeur Gangolphe.

Il présente des troubles de la miction depuis six ans.

Il entre pour rétention aiguë complète. On pratique immédiatement un cathétérisme évacuateur qui est répété le lendemain.

Les jours suivants, le malade présente des phénomènes de cystite.

Le 22 septembre, loin de présenter une amélioration, sa cystite devient plus douloureuse; il a de la fièvre. Température 38°2.

Il avait été soumis jusque-là à la sonde à demeure et à des lavages antiseptiques.

Le 23 septembre, les symptômes présentaient le même caractère d'intensité. La température atteignait 40°.

Le 24 septembre, l'état étant toujours le même, on pratique la cystotomie.

Dès le 26 septembre, l'amélioration se produit. La température n'est plus que de 38°1. Le malade est soumis à des irrigations vésicales.

Octobre. L'état du malade va toujours en s'améliorant.

1^{er} novembre. Le malade se déclare guéri, il mange, dort bien, se promène.

OBSERVATION XXII. — Thèse Lagrange.

H.. L., manoeuvre, 54 ans, entre à l'hôpital Dubois le 20 juin 1898, service de M. Picqué

Pas d'antécédents pathologiques.

Il a joui d'une excellente santé jusqu'au mois de janvier 1898, dit-il. Cependant, en l'interrogeant avec soin, on apprend que depuis plusieurs années ses mictions étaient fréquentes et un peu pénibles. La voiture et la marche lui occasionnaient des douleurs dans le bas-ventre. Ces symptômes présentaient si peu d'intensité que le malade ne s'en préoccupait aucunement.

Dans les premiers jours de janvier, il eut une légère hématurie (la valeur d'un dé à coudre de sang). Peu après, il subit une crise de rétention.

Depuis lors, les mictions deviennent fréquentes, au point d'empêcher le sommeil ; elles sont en même temps pénibles et douloureuses, minimes.

Il entre à Necker où il est traité par les cathétérismes évacuateurs et les lavages.

Le 26 mai, nouvelle crise de rétention.

Le 27 mai, il entre à Lariboisière. Là, on pense à une cystite calculeuse et on fait l'exploration au moyen des cathéters métalliques de Guyon.

L'examen est négatif.

La prostate est grosse.

On applique le traitement précédemment suivi par le malade à Necker.

Le 20 juin, il quitte Lariboisière pour entrer à la maison Dubois. A son entrée dans le service, son état général est grave. La fièvre est vive, la langue sèche, la soif intense. Il a du subdélirium. La température atteint 39°.

Les urines sont troubles ; elles s'éclaircissent peu par le repos, laissant un dépôt de pus épais ; leur odeur est ammoniacale. Le malade en évacue jusqu'à six litres par jour.

La vessie est dilatée.

La sonde à béquille n° 10 permet de constater l'absence de rétrécissement et d'évacuer deux litres d'une urine puante.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est hypertrophiée. M. Picqué pratique la taille hypogastrique.

Dès le lendemain, la fièvre cesse ; la température retombe à 37°5.

Les urines deviennent claires.

L'état général s'améliore.

Après l'opération on fait deux lavages par jour à l'eau bouillie, on peut retirer les drains le sixième jour et enfin onze jours plus tard, le malade sortait en voie de guérison.

OBSERVATION XXII. — Thèse Lagrange.

L... Ch., 48 ans, entre à l'hôpital Dubois (Service de M. Picqué), le 15 juin 1898.

Antécédents héréditaires. — Père apoplectique : la mère est âgée de 86 ans et n'a pas d'infirmités.

Antécédents personnels. — Une blennorrhagie à l'âge de 19 ans, soignée par une seule injection au nitrate d'argent.

Depuis les urines sont toujours restées claires, ne présentant ni sucre, ni albumine.

Il y a vingt cinq ans, il avait souffert d'un rétrécissement qui fut soigné par la dilatation (Mallez).

Il y a dix ans, il présente à nouveau des accidents de rétention ; depuis, on lui faisait la dilatation de temps à autre à l'aide

de bougies; à la suite d'une de ces interventions, il urina du sang pendant trois ou quatre jours.

En 1894, le 30 juin, M. Picqué lui fit une uréthrotomie interne. Depuis ce temps, il continue à se sonder, mais irrégulièrement; on le soumet à des lavages de la vessie à l'eau boriquée au moyen de l'appareil Guyon.

Depuis le 4 juin, il perd ses urines goutte à goutte.

On passe des sondes n° 4.

À l'examen clinique, on constate que la vessie est énormément distendue: elle fait saillie jusqu'au niveau de l'ombilic. L'urine que perd le malade est fétide, ammoniacale dès l'émission. Impossible d'introduire dans le canal aucune bougie, même filiforme.

Polyurie trouble. Température 39°.

Le 16 juin. — M. Picqué pratique la saillie hypogastrique sans le ballon de Petersen et sans injection vésicale préalable.

Le décollement du péritoine se fait facilement; les parois vésicales sont parcourues de gros sinus veineux.

L'incision ouvre issue à une quantité d'urines fétides, ammoniacales.

Le bas fond de la vessie est rempli de pus.

On fait un grand lavage.

Le drainage n'est assuré que par un siphon et on ne place pas de sonde uréthrale,

La paroi de la vessie semble épaissie et saigne facilement; dès le lendemain, la polyurie trouble cesse: mais l'urine s'écoule abondamment: la température redevient normale.

La plaie guérit sans incident et on pratique des lavages bi-quotidiens; quelques jours après le malade sortait guéri et les renseignements qu'il se fait un plaisir à fournir, prouvent qu'il se considère non seulement comme guéri, mais qu'il est reconnaissant d'une intervention qui lui permet d'aller et venir et a transformé son état si précaire en un excellent état de santé générale.

OBSERVATION XXIV. — *Inédite*, recueillie dans le service de M. le Dr Picqué.

P. A..., âgé de 64 ans, entre à la maison Dubois le 3 septembre 1898.

Ce malade souffre depuis fort longtemps d'une affection vésicale et était obligé de recourir à de fréquents lavages de la vessie.

Le pus était assez abondant dans les urines et sortait même par l'urèthre dans l'intervalle des mictions.

Lors de l'entrée du malade, il est en proie à la fièvre, il a la langue sale, de l'anorexie.

Les urines sont troubles.

A l'examen clinique, on constate que la vessie se vide incomplètement; par le toucher rectal, on sent la prostate assez volumineuse, mais régulière.

Le 13 septembre. — M. Picqué pratique la taille hypogastrique: on place le ballon de Pétersen dans lequel on introduit 280 grammes d'eau et on injecte 140 grammes d'eau boriquée dans la vessie.

Après l'incision qui donne issue à l'injection mêlée à une urine boueuse, on explore la vessie; mais on ne découvre ni corps étranger ni tumeur.

On draine en laissant la plaie ouverte.

Les suites opératoires furent des plus simples: dès le surlendemain la température revenait à la normale: le malade se trouvait complètement soulagé et sortait quelques jours plus tard.

Depuis, il nous a appris que son état d'amélioration s'était maintenu.

OBSERVATION XXV. — *Inédite*, recueillie dans le service de
M. le Docteur Picqué.

R... F., 67 ans, entre à la maison Dubois le 6 juillet 1898.

On ne trouve pas chez lui d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, nous avons à noter plusieurs
blennorrhagies.

Il y a sept ans, les urines de ce malade devinrent troubles; on
lui ordonna des lavages de la vessie à l'eau boriquée qui firent
disparaître le louche qu'on remarquait d'ordinaire dans ses
urines.

Il y a quatre mois, à la suite d'efforts répétés, le malade urine
du sang.

Cette hématurie disparaît à la suite de lavage.

Il y a trois semaines, il fut obligé d'aller en voiture sur une
mauvaise route. Les cahots le firent souffrir beaucoup, il eut
de la rétention.

A Saint-Antoine, on pratiqua le cathétérisme et on fit des
lavages qui évacuèrent des caillots et du sang à peu près pur.

A l'examen clinique, on constate que la prostate est volumi-
neuse, mais M. Picqué ne découvre pas de calculs à l'explora-
tion vésicale, il admet alors la possibilité d'une tumeur.

Cependant les urines étaient fortement purulentes, aussi
M. Picqué fut-il d'avis de recourir à la taille hypogastrique.

L'opération eut lieu le 4 juillet, elle amena la découverte
dans le bas fond de la vessie de granulations phosphatiques,

L'urine était infecte et présentait un dépôt abondant.

Les suites opératoires furent excellentes, dès le lendemain de
l'opération l'état du malade s'amendait, la douleur diminuait.

Il sortit guéri quelque temps après.

OBSERVATION XXVI. — *Inédite*, recueillie dans le service de
M. le Docteur Picqué.

C... Louis, 70 ans, entre à l'hôpital de La Pitié, service de
M. le Docteur Picqué, le 16 août 1899.

Antécédents. — Ce malade a eu plusieurs blennorrhagies
qui amenèrent un rétrécissement assez considérable. Il alla à
l'hôpital Saint-Louis, où on lui fit de la dilatation, mais au bout
de quelques temps le rétrécissement reparait, et il rentre avec
une rétention complète, survenue brusquement.

L'examen clinique nous permet de constater que ce malade,
en plus de sa rétention, présente tous les signes ordinaires de
l'hypertrophie prostatique : il a de la polyurie nocturne et dans
le jour des mictions par regorgement.

Depuis le moment où est survenue sa rétention, il souffre
beaucoup et ne peut évacuer une seule goutte d'urine.

Par le toucher rectal, on reconnaît l'existence d'une hyper-
trophie de la prostate.

On tente d'introduire une olive ; le n° 8 est arrêté à l'entrée
du bulbe ; il est évident qu'il existe un rétrécissement au moins
inférieur au n° 8.

D'ailleurs une sonde inférieure au n° 8 est introduite sans
succès.

Le premier jour, on lui donne un bain de trois quarts d'heure,
puis un second bain de une heure et demie ; aucun résultat ;
aussi l'interne de garde pratique une ponction capillaire hypo-
gastrique et amène un litre d'urine trouble dans laquelle on
trouve un abondant dépôt purulent, il s'agit donc d'un prosta-
tique infecté, mais aucun signe ne nous permet de reconnaître
que le rein ou les uretères soient intéressés.

Le lendemain matin, M. Picqué retrouve le malade avec une
distension extrême de la vessie ; on ne saurait songer à une
manœuvre du côté de l'urèthre, puisqu'il y a un obstacle ; le

drainage de la vessie par cette voie est dès lors impossible, on ne peut alors songer qu'à pratiquer la taille hypogastrique.

Cette opération est pratiquée d'après les règles ordinaires. La vessie étant très distendue; on n'emploie pas le ballon de Petersen; on ne fait pas d'injection préalable de la vessie, on ne saurait davantage songer à la sonde de Pezzer.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Dès le lendemain le malade se trouve soulagé. L'appétit qui avait diminué, revint; le 26 août, il se trouvait en état de supporter l'uréthrotomie interne qui avait été jugée nécessaire.

A la suite de cette intervention, l'amélioration se continue.

Actuellement le malade que nous avons vu personnellement et interrogé, est enchanté de l'état qui lui a été créé, il s'est senti renaître.

Il urine maintenant par la voie naturelle; mais il persiste une petite fistule hypogastrique, donc la cicatrisation avance rapidement.

Il mange et dort bien. Il pourrait se lever, mais craint de retarder la guérison de sa plaie.

OBSERVATION XXVII. — *Inédite*, communiquée
par M. Picqué.

M. C..., 62 ans, cultivateur dans les environs de Paris, bonne santé habituelle, a eu, il y a environ vingt ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu d'une durée de trois mois, mais il ne lui est rien resté du côté du cœur. S'est toujours bien porté depuis cette époque; *buveur*.

A partir du mois d'août 1897, se plaint d'envies fréquentes d'uriner, avec sensation de cuisson dans le bas ventre et la verge; ces phénomènes vont peu à peu en s'accroissant malgré le traitement médical qui lui est institué par M. le Dr Vermeil, médecin du malade, (régime lacté, salol, térébenthine à l'intérieur, bains de siège chauds), et le malade, au mois d'octobre,

éprouve de très vives douleurs chaque fois qu'il urine ; ne peut uriner que goutte à goutte et est obligé de s'y atteler vingt ou trente fois par jour.

L'urine est peu abondante, trouble, louche, sans albumine.

Dans les premiers jours de novembre, il consent à se laisser sonder et à subir quelques lavages de la vessie, mais le traitement, *suivi d'ailleurs, d'une façon un peu intermittente*, n'amène aucune amélioration, et, vers le 15 novembre, l'état du malade devient grave ; il a de la fièvre, des frissons, des douleurs extrêmement vives ; il ne peut plus pisser sans la sonde, et son urine est de plus en plus rare, de plus en plus louche et fétide.

Dans les premiers jours de décembre, légère amélioration de l'état général, mais mêmes phénomènes locaux.

6 décembre 1897. — M. le Dr Vermeil prie M. Picqué de venir le voir.

M. Picqué constate l'existence d'une hypertrophie prostatique compliquée d'infection urinaire à forme ascendante. L'état de cachexie du malade, la fièvre, l'anorexie, la qualité des urines (odeur ammoniacale et dépôt purulent), la sensibilité de la région rénale à la palpation, font penser que, chez ce malade, il existe déjà des lésions rénales.

Mais comme on ne peut savoir, dans ce cas particulier, quel est le degré de ces lésions, et, comme, d'autre part, le malade éprouve des souffrances terribles pour uriner, et que le cathétérisme est difficile, même impossible, M. Picqué propose la taille hypogastrique comme moyen palliatif destinée à mettre fin aux souffrances du malade.

Mais tout en faisant les plus grandes réserves sur l'issue opératoire.

13 décembre 1897. — L'opération est pratiquée, avec l'aide du Dr Vermeil, et ne présente aucun incident.

A partir de ce jour, lavages journaliers par la plaie et par la verge. Matin et soir un litre de liquide passe par la vessie.

L'urine devient plus abondante, plus claire, elle n'est plus fétide, l'état général est bon, mais impossibilité absolue d'uriner par la verge en raison de la lésion prostatique.

Au mois de janvier, malgré le drain qui, par la plaie hypogastrique pénètre toujours dans la vessie, et le cathétérisme par la verge, les douleurs ont reparu et sont devenues très vives.

Au mois de février, même état, toujours des crises très douloureuses. Ce n'est que dans le cours du mois d'avril que ces douleurs sont devenues supportables, que le malade a pu marcher et sortir un peu, mais les forces ne sont jamais revenues complètement.

Cen'est qu'en mai 1899 que le malade a succombé à une pneumonie et probablement aux progrès des lésions rénales.

Cette observation est intéressante en ce que le malade, présentant déjà des lésions rénales, a pu bénéficier pendant dix-huit mois de l'intervention chirurgicale.

Si nous nous reportons maintenant à chacune des observations, nous voyons que les onze premières présentent un point d'analogie qui nous est révélé par l'autopsie, ce sont les lésions rénales qui dans les différents cas ont occasionné la mort.

Chez ces différents malades, le tissu rénal était plus ou moins profondément altéré, c'est-à-dire que l'opération portait sur un point limité de l'infection et que, impuissante contre des lésions que leur caractère démontrait anciennes, elle ne pouvait aucunement donner de résultats.

Le sondage aurait-il présenté plus d'avantages en pareil cas ? Nous remarquerons que, chez ces malades, comme chez plusieurs autres des observations suivantes, c'est

parce que le sondage était resté impuissant qu'on a voulu recourir à la taille hypogastrique.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'était exposer gravement le malade, puisque ce sont les lésions du rein qui causent le plus fréquemment les insuccès et la mort ; le résultat du reste est là pour le démontrer.

Dans les observations suivantes, nous retrouvons deux formes de l'infection qui se manifestent, la première par des phénomènes généraux très accentués, par de la polyurie trouble ; dans la seconde, les phénomènes locaux de la cystite sont plus marqués que ceux de l'état général.

Chez les premiers, ainsi que le démontrent les symptômes, l'infection gagne déjà : elle remonte vers le rein, qu'elle a quelquefois touché, mais qui, atteint légèrement, est encore capable de réaction, c'est cette classe qui bénéficie largement des bons effets de la taille hypogastrique.

Leur meilleur état général, leur rein qui, une fois soulagé par une évacuation assurée librement, peut réagir contre des lésions encore curables, peuvent et doivent donner des chances de succès ; nous en avons du reste la preuve et si quelque cas malheureux se produit, c'est que bien souvent on a attendu la limite de l'effort que peut donner l'organe.

Les exemples que nous en rapportons nous montrent du reste quels heureux résultats en ont été obtenus.

Enfin, nous avons des cas qui ne devraient donner que d'heureux résultats : il est vrai que ceux là sont plus rares et nous n'en avons que peu d'exemples ; ce sont les

cas où l'infection est installée depuis peu de temps, on peut alors être assuré que l'intervention sera suivie de succès.

Or, jusqu'à présent, lorsqu'on a traité la question de la taille hypogastrique, on a fait rentrer dans son cadre tous les cystotomisés indistinctement, si nous reprenons parmi ceux-ci tous ceux qui étaient opérés pour infection urinaire, nous remarquons qu'ils avaient été divisés en trois classes sur lesquelles on basait la nécessité de l'intervention.

Sans doute, pour la clinique, il était plus facile de diviser une affection en aiguë, suraiguë et chronique : mais ces divisions ne sont pas toujours superposables aux données anatomo-pathologiques, celles-ci, en effet, qui nous permettraient une division plus rationnelle, qui rendraient plus faciles les indications de l'intervention, ne nous fournissent pas toujours des signes certains.

Avec cela, nous verrions probablement changer la face de la statistique.

Pour nous, effectivement, nous voudrions considérer les malades comme pouvant être répartis en trois classes.

Dans la première se rangeraient les malades, atteints depuis plus ou moins longtemps, mais chez lesquels l'état précaire des reins ne permettrait pas d'espérer : pour ceux-là, l'abstention serait de règle.

Dans une autre, nous placerions ces malades chez lesquels le rein n'a pas encore assez souffert pour qu'on ne puisse espérer sa régénérescence : chez eux, œ seraient des risques à courir, mais qui ne sauraient en rien être plus préjudiciables au malade que n'importe quel autre

traitement. Le rein pouvant encore fonctionner, la taille étant bénigne, ils en retireront tout bénéfice; quant à ceux dont le rein était incapable de réagir, la sonde à demeure ne pouvait régénérer l'organe principal.

Enfin, dernière catégorie les infectés purs qui donneront les meilleurs résultats.

Nous ne consacrerons pas un chapitre spécial à la technique opératoire : il n'est pas d'ouvrage qui n'indique le manuel opératoire et nous n'avons aucune lumière à apporter sur la question.

Nous nous contenterons de dire que M. le Dr Picqué attache une énorme importance à maintenir aseptique son champ opératoire.

Selon la nécessité, il use ou non du ballon de Petersen, sans s'en faire une absolue nécessité, mais il prend les plus grandes précautions pour éviter qu'au moment de l'incision l'urine ne vienne se répandre dans le péritoine ou même contaminer une seule partie de la plaie. De même, en plus des lavages bi-quotidiens au chloral à 1 p. 100, il s'abtient de toute réunion immédiate de la plaie afin de permettre un lavage minutieux et un examen attentif.

Ses résultats heureux sont là pour démontrer, l'énorme bénéfice que ses malades retirent de cette pratique.

CONCLUSIONS

La taille hypogastrique est une excellente opération qui est appelée à donner de très bons résultats dans l'infection vésicale.

Toutefois, il n'y aura pas lieu de l'appliquer indistinctement à tous les cas.

Aussi nous proposons :

1° L'abstention complète dans le cas de lésions irréparables du rein, qui, le plus souvent, peuvent être cliniquement reconnues.

2° Dans le cas d'infections compliquées de pyélonéphrite, de recourir d'emblée à la taille, parce que tout retard peut être préjudiciable au malade et que cette méthode donne d'aussi bons résultats que le sondage mais qu'elle les donne plus rapidement.

3° Dans le cas d'infection vésicale simple, de recourir d'abord au cathétérisme et au lavage, quand il n'y a pas d'infection ascendante et, si l'amélioration ne se montre pas promptement, de pratiquer la taille hypogastrique.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAUL BERGER.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1889. ONCET. — *Lyon médical*, 10 février.
 1890. MAC GUIRE. — *Medical-New*, mai.
 » THÈSE VIGNARD, Paris.
 1892. BONAN. — *Thèse*, Lyon.
 » GANGOLPHE. — *Lyon médical*, 21 août.
 » GUYON. — *Annales génito-urinaires* (août 1891, mai 1892, mai 1893).
 » PONCET. — *Bulletin médical*, 6 avril.
 1893. AUDRY. — *Mercredi médical*, 1^{er} novembre.
 » BOUTANT. — *Thèse*, Paris.
 » DESNOS. — *Annales génito-urinaires*, novembre.
 » GUILLEMOT. — *Lyon médical*, 2 novembre.
 » LEJARS. — *Semaine médicale*.
 » LEGUEU. — *Annales génito-urinaires*, janvier.
 — *Gazette hebdomadaire*, 26 août.
 » PONCET. — *Semaine médicale*, 16 décembre.
 » ROLLET. — *Archives provinciales de chirurgie*, novembre.
 1894. BAZY. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 novemb.
 » LAGOUTTE. *Thèse*, Lyon.
 » PONCET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* 24 octobre, 7 novembre, 14 novembre.
 » TUFFIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 17 octobre, 7 novembre, 12 novembre.
 1895. AUNEAU. — *Thèse*, Paris.
 » BONAN. — *Thèse*, Lyon.
 » FAURE. — *Thèse*, Lyon.
 » LEJARS. — *Leçon clinique*.
 1898. — *Bulletin de l'association française d'urologie*.
 » MARTIAL-LAGRANGE. — *Thèse*, Paris.
 » PICQUÉ. — *Leçons cliniques*.
 » — *Annales des organes génito-urinaires*, août.
 1899. DELORE et PONCET. — Résultat de 114 opérations de cystotomie sus-pubienne, Lyon.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
